Nous cherchons à protéger des vies humaines

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2007

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2007

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
dans le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-550-52458-8 (imprimé)
ISBN 978-2-550-52459-5 (en ligne)
ISSN 1913-245X (imprimé)
ISSN 1913-2468 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, 2008

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bur. 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2007.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Jacques P. Dupuis
Québec, avril 2008

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2007, conformément à l'article 29 de *la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 22 février 2008.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef par intérim,

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Dre Louise Nolet
Québec, mars 2008

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS 7
Les décès signalés aux coroners 7
Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8
Les demandes de copies conformes des rapports 9
Les autopsies et les examens de laboratoire 9
Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2007 10

LES ENQUÊTES 13
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 13
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2007 13
Les rapports d'enquête déposés au cours de 2007 14

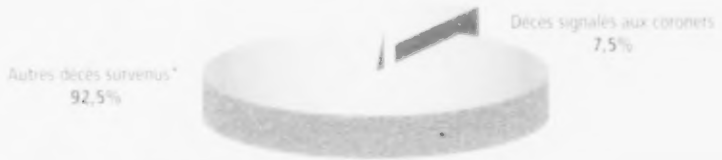
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 15

LES INVESTIGATIONS

LES DECES SIGNALES AUX CORONERS

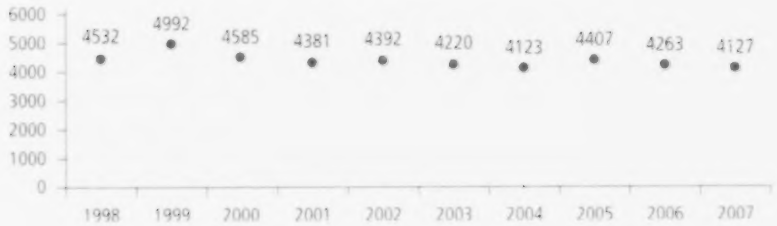
En 2007, 4 127 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,5 % de tous les décès survenus au Québec en 2007. Depuis 2001, le nombre de décès signalés aux coroners est inférieur à 4 500 annuellement. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (69,9 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2007



* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2004 à 2006

Évolution des décès signalés aux coroners de 1998 à 2007



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2007

Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2007. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (66,8 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (22,1 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (8,6 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,5 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2007

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2 760	66,8
Causes médicales indéterminées	911	22,1
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	356	8,6
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	19	0,5
Autres raisons ou raison inconnue	81	2,0
Total des décès signalés	**4 127**	**100,0**

Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations terminées de 2003 à 2006, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 9 mois.

Sur les 4 127 décès signalés en 2007, 1 348 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2007. Il restait donc, à cette même date, 2 779 décès en cours d'investigation, soit 67,3 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2007

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 JANVIER 2007	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 348	32,7
Rapports non terminés	2 779	67,3
Total des décès signalés	**4 127**	**100,0**

Les investigations conclues en 2007

Un total de 4 021 investigations ont été conclues en 2007, dont 2 803 (69,7 %) par des coroners à temps partiel et 1 218 (30,3 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2007 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 450*	36,0
Accident	1 335	33,2
Suicide	1 052	26,2
Homicide	79	2,0
Décès traumatique d'intention indéterminée	74	1,8
Décès de cause indéterminée	31	0,8
Total des investigations conclues	**4 021**	**100,0**

* Incluant 325 sorties de corps

Les demandes de copies conformes des rapports

Les copies conformes des rapports transmises sur demande

En 2007, le Bureau du coroner a transmis 4 322 copies conformes de rapports de coroners demandées par les familles des personnes décédées et par les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.), ce qui représente 45,6 % de l'ensemble des copies conformes transmises sur demande.

Par ailleurs, 4 261 copies de rapports ont été transmises aux corps policiers et aux hôpitaux. De plus, 898 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des ministères et organismes qui travaillent en prévention des blessures ou qui effectuent des recherches dans ce domaine. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Répartition des copies conformes transmises sur demande en 2007, selon la provenance

CLIENTÈLE	NOMBRE	%
Citoyens et tiers intéressés	**4 322**	**45,6**
· Familles	2 561	27,0
· Compagnies d'assurance	675	7,1
· Avocats et notaires	302	3,2
· Autres (amis, médias)	784	8,3
Collaborateurs	**4 261**	**44,9**
· Corps policiers	2 696	28,4
· Hôpitaux	1 565	16,5
Ministères et organismes intervenant en prévention	**898**	**9,5**
Total des copies conformes transmises sur demande	**9 481**	**100**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2007.

Des autopsies ont été ordonnées pour 40,6 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 675 autopsies. Selon les données accessibles, environ le tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2007 montrent que, dans un peu plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Décès ayant fait l'objet d'expertises demandées par les coroners et lieux d'exécution en 2007[1]

EXPERTISES	NOMBRE	%[2]
Autopsies	**1 675**	**40,6**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	548	(32,7)
· Hôpitaux	729	(43,5)
· Données non accessibles	398	(23,8)[3]
Alcoolémie ou toxicologie	**2 242**	**54,3**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	420	(18,7)
· Centre de toxicologie du Québec (INSPQ)	1 810	(80,7)
· Centres hospitaliers	12	(0,6)
Autres expertises[4]	**214**	**5,1**

1. Les données sont provisoires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur les 4 127 décès signalés en 2007, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
3. Le lieu de l'autopsie est souvent à déterminer au moment de l'avis au coroner, de sa physique de psychologique élevé.
4. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique.

Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2007

La manipulation cervicale doit faire l'objet d'une attention particulière

Une femme de 36 ans décède d'une dissection de l'artère vertébrale droite à la suite d'une manipulation cervicale pratiquée par un chiropraticien. La femme, en bonne santé et sans facteurs de risque connus, souffre depuis plusieurs années de douleurs au cou récidivantes traitées par des manipulations cervicales. Elle se présente chez un chiropraticien les 6, 7 et 20 février 2006 pour des traitements de manipulation cervicale. Des symptômes neurologiques importants seront notés entre la première manipulation du 6 février et celle du 20 février, signes cliniques pouvant être compatibles avec une manifestation précoce d'une dissection de l'artère vertébrale droite. Elle présentera des symptômes d'une ischémie cérébrale aiguë lors de sa visite du 20 février qui la conduira à son décès le 22 février suivant.

Le coroner croit que la pratique de la manipulation cervicale doit faire l'objet d'une attention particulière et que plusieurs organismes doivent travailler ensemble pour maintenir les standards universitaires enseignés. L'Office des professions du Québec exerce un leadership dans cette intervention en veillant à ce que les ordres concernés interviennent lorsqu'il y a pratique illégale. Le coroner croit également que le patient a le droit de connaître les résultats scientifiques probants de la manipulation cervicale et que dans certaines conditions, les bénéfices sont peu documentés.

L'importance de relier les avertisseurs de fumée à une centrale

Une femme de 43 ans décède d'une asphyxie à l'oxyde de carbone consécutive à l'incendie de son domicile. Vers 23 h le 21 mars 2006, les autres locataires, incommodés par la fumée, appellent les services d'urgence. À leur arrivée, les pompiers constatent que la fumée provient du logement de la victime. En pénétrant, ils entendent le bruit strident de l'avertisseur de fumée. Ils découvrent la femme inanimée au sol près de son lit. Un mégot de cigarette trouvé dans le sofa serait à l'origine de l'incendie.

Le coroner croit qu'une des façons d'optimiser le travail des pompiers serait de relier les avertisseurs de fumée directement à une centrale. Pour y arriver, il est d'avis qu'il faut sensibiliser les propriétaires aux avantages des avertisseurs de fumée reliés à une centrale et que les municipalités peuvent jouer un rôle très important en incluant certaines dispositions à leur schéma de couverture des risques.

Les dangers des piscines gonflables

Un enfant de 4 ans se noie dans une piscine gonflable à son domicile. La veille du décès, la mère installe la piscine dans l'arrière-cour et la remplit d'eau. Elle avertit les enfants de ne pas s'en approcher sans son autorisation. Les enfants se couchent chacun dans leur chambre vers 19 h. Le lendemain matin, à son réveil vers 5 h, la mère est surprise de ne pas trouver son fils dans sa chambre. Elle se met à sa recherche et le découvre dans la piscine, inerte et flottant à la surface de l'eau. Le coroner précise qu'aucun aménagement sécuritaire n'empêchait l'accès à la piscine.

Le coroner souligne que, chaque été, de jeunes enfants se noient dans des piscines privées au Québec. Il recommande l'adoption d'une nouvelle réglementation afin d'assurer la sécurité des piscines privées dans toutes les municipalités du Québec. Si un propriétaire de piscine gonflable ne veut pas effectuer l'aménagement nécessaire pour la clôturer, le coroner croit qu'il se doit de la vider et de la ranger après chaque utilisation.

Un stage de travail humanitaire qui se termine mal

Un jeune homme de 18 ans, en stage humanitaire en République dominicaine, décède à la suite de l'effondrement d'un mur d'une école en rénovation. Selon les renseignements donnés aux stagiaires, ces derniers devaient installer des tableaux, des pupitres et d'autres objets nécessaires au fonctionnement de l'école. Dans les faits, les travaux communautaires et humanitaires sont devenus des travaux de construction. Les stagiaires, n'ayant aucune formation ni compétence dans ce domaine, travaillaient dans un endroit où les normes et les règles de sécurité sont laissées à la supervision d'organismes étrangers.

Le coroner juge essentiel qu'un organisme qui envoie des jeunes dans ces régions mette en place des mesures pour assurer la santé de ces derniers lorsque des cas d'urgence majeure se présentent. Des recommandations sont d'ailleurs formulées, afin que les organismes visés définissent mieux les buts et les objectifs du stage et fassent en sorte que les stagiaires n'effectuent pas des tâches qui pourraient compromettre leur sécurité et aller à l'encontre de nos lois. Il recommande aussi que l'on s'assure de la compétence des accompagnateurs ; ces derniers, ainsi que les stagiaires, devraient recevoir la formation appropriée en fonction des objectifs du stage.

Accouchement difficile supervisé par des sages-femmes

Un bébé naissant décède d'une asphyxie par aspiration de liquide méconial lors de l'accouchement à domicile supervisé par des sages-femmes. Cet accouchement s'annonçait difficile en raison de la position postérieure de la tête fœtale. À la rupture des membranes, il y a eu apparition de méconium. Au moment de la naissance, le rythme cardiaque fœtal était absent depuis neuf minutes. Aucune épisiotomie n'a été pratiquée malgré l'incertitude quant à la vie fœtale. Les sages-femmes n'ont pas entrepris de manœuvres de réanimation ni administré de médication de réanimation au nouveau-né. L'appel au 9-1-1 n'a eu lieu qu'après cinq minutes d'asystolie. Ce n'est qu'à l'arrivée du médecin, après les ambulanciers, que l'on constate que la sonde endotrachéale n'est pas fixée et qu'elle est mal positionnée ou déplacée.

Le coroner recommande d'avertir les futures mères et les sages-femmes que la présence de méconium constitue un risque réel de décès pour le fœtus et qu'un suivi obstétrical devrait se poursuivre en centre hospitalier. Il recommande d'appeler le 9-1-1 dès que l'asystolie est constatée. Il souligne également l'importance que les sages-femmes aient une pratique annuelle de réanimation d'urgence, et que l'on reconnaisse plus formellement l'indication médicale de pratiquer une épisiotomie d'urgence lorsqu'on ne peut entendre le rythme cardiaque fœtal.

Le jeûne prolongé : un danger potentiel

Un homme de 67 ans décède d'une arythmie secondaire à un état de déshydratation provoqué par un jeûne prolongé. L'homme avait entrepris depuis plusieurs années une démarche spirituelle. Il faisait du yoga, de la méditation et lisait des livres, entre autres, sur l'ésotérisme et la guérison spirituelle. Il s'était engagé dans un jeûne de vingt et un jours censé le conduire à un état de purification (respirianisme). Il s'agissait d'une diète strictement de lumière et d'air, sans nourriture ni eau. Il survivra quatorze jours à ce jeûne.

C'est dans un livre intitulé « Vivre de lumière – 5 ans sans nourriture matérielle » que l'homme a puisé cette idée. L'auteure, une Australienne qui se fait appeler Jasmuheen, prétend n'avoir pratiquement pas mangé depuis 1993. Elle recommande ce jeûne prolongé pour accéder à un niveau supérieur de spiritualité. Il s'agit du quatrième décès, dont le premier au Québec, attribué au respirianisme. Le coroner juge que des précautions simples s'imposent pour quiconque songe à se soumettre à un jeûne plus ou moins long. Une évaluation médicale et un suivi approprié sont indiqués. De plus, il précise que le jeûne ne devrait jamais proscrire l'hydratation et souligne que l'initiation au jeûne devrait être progressive, permettant ainsi d'évaluer la façon dont l'organisme réagit.

Suicide d'un jeune homme dans un établissement privé non agréé

Un jeune homme de 18 ans, envoyé par la Cour du Québec dans un établissement se disant ressource spécialisée en réhabilitation pour des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et des troubles psychiatriques, se suicide par pendaison. Les intervenants de ce milieu n'avaient reçu aucune formation particulière, et cette structure n'était pas certifiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il apparaît au coroner inapproprié et dangereux de confier ces soins spécialisés à des ressources où les intervenants n'ont aucune formation. Il formule plusieurs recommandations touchant, entre autres, la pertinence de modifier la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, afin de rendre obligatoire la certification des ressources privées en toxicomanie et en santé mentale, comme on l'a fait pour l'hébergement des personnes âgées. De plus, il recommande que la clientèle soit uniquement dirigée vers des ressources agréées, faisant l'objet de visites régulières, afin de mieux évaluer la qualité des services et des lieux physiques.

Noyade d'un enfant en famille d'accueil

Un garçonnet de 4 ans se noie dans un petit ruisseau derrière la résidence de sa famille d'accueil. L'enfant souhaitait aller jouer dans la neige. Laissé quelques minutes sans surveillance, il a été trouvé plus tard dans le ruisseau. Puisque le premier appel au 9-1-1 concernait une disparition, aucune ambulance n'a été dépêchée sur les lieux. Lors de la découverte de traces menant au ruisseau, une demande a été faite afin qu'une ambulance se positionne près des lieux, mais on a répondu qu'aucune ambulance n'était disponible pour se repositionner. En plus de certains problèmes de communication, ce n'est qu'à la découverte de l'enfant qu'une ambulance a été affectée.

Le coroner recommande aux intervenants visés d'encadrer les demandes respectives de ressources lors d'une intervention d'urgence. Il souligne l'importance d'améliorer les mesures de télécommunications, afin de pouvoir positionner des véhicules ambulanciers à l'aide des technologies nécessaires. De plus, le coroner recommande d'évaluer l'obligation pour les familles d'accueil de disposer d'une aire de jeux clôturée, comme c'est le cas pour les centres de la petite enfance. On l'a fait pour l'hébergement des personnes âgées. De plus, il recommande que la clientèle soit uniquement dirigée vers des ressources agréées, faisant l'objet de visites régulières, afin de mieux évaluer la qualité des services et des lieux physiques.

LES ENQUÊTES

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
1998	20	31
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
Total	**97**	**152**

En 2007, le coroner en chef a ordonné cinq enquêtes publiques. Cinq enquêtes ont aussi été conclues en 2007. Quatre d'entre elles avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2007, six enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les 5 enquêtes conclues en 2007, est de 16 mois.

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2007

NOM/PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M[e] Andrée Kronstrom	Montréal
Beauchamp, Marcel Mort suspecte (2005-12-21)	6 juin 2007	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Montréal
Dumont, Isabelle Hémorragies sévères (2002-09-10)	27 août 2007	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Trudel, Claire Suivi CLSC (2006-12-19)	11 octobre 2007	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Roberge, Daniel Décès par arme à feu (2004-07-25)	27 août 2007	M[e] Jean-Luc Malouin	À déterminer

Les rapports d'enquête déposés au cours de 2007

Fugue d'un patient en milieu hospitalier

Une enquête publique a eu lieu sur la noyade d'un homme de 29 ans, hospitalisé depuis plusieurs semaines pour des troubles mentaux. L'homme fugue de l'hôpital le 8 janvier 2005 vers 20 h. Comme il est en cure libre, l'infirmière puis, plus tard, la coordonnatrice ne jugent pas opportun de signaler sa disparition ni au médecin traitant, ni à la police. Ce n'est que sur l'insistance d'une amie et de la mère du patient que l'hôpital décide, le lendemain, d'en informer la police. Malheureusement, les véritables recherches policières, entreprises le 12 janvier seulement, ne permettront pas de retrouver l'homme. Celles-ci resteront vaines jusqu'à ce que, le 15 avril 2005, la Garde côtière canadienne ramène à quai le corps de l'homme flottant dans les eaux du fleuve après y avoir séjourné, de toute évidence, plusieurs semaines.

Le coroner recommande au centre hospitalier de mener à bien son projet de modification de la politique de gestion de la qualité et des risques en cas de fugue d'un patient et de travailler de concert avec le service de police pour la mise au point d'un protocole décrivant les rôles et les responsabilités de chacun lorsque survient une disparition.

Secteur de la route 108 à rendre plus sécuritaire

Une enquête publique a eu lieu concernant deux accidents survenus au même endroit sur la route 108, à Courcelles. Dans les deux cas, un véhicule automobile circulait en direction est et devait alors prendre une courbe ascendante. Au même moment, un véhicule lourd circulait en direction ouest, et le camionneur a été incapable de prendre la courbe. La perte de maîtrise est due, dans le premier cas, à la vitesse excessive du camionneur et, dans le second, à la chaussée glissante qui a pris par surprise le conducteur du véhicule lourd.

Le coroner souligne que la route n'est pas la cause principale de ces accidents, mais que des améliorations peuvent y être apportées. Une des solutions à envisager est l'ajout d'une troisième voie en direction ouest afin que les camions puissent se dégager de la voie principale pour amorcer l'ascension de la pente se trouvant à l'ouest du pont de la rivière aux Bleuets.

La bactérie Clostridium difficile, une ennemie mortelle dans les hôpitaux

Une enquête publique a eu lieu au sujet des décès de seize personnes survenus à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, entre mai et novembre 2006, alors que sévissait la bactérie Clostridium difficile. Quatre de ces décès sont attribuables à cette infection nosocomiale. Les autres patients étaient tous gravement malades; les diarrhées associées au Clostridium difficile ont contribué indirectement à leur décès par la détérioration de leur état de santé.

Toutes les infections nosocomiales ne peuvent être éradiquées. Celles-ci ont toujours été présentes dans les hôpitaux et le resteront. Cependant, le coroner souligne qu'il faut absolument mettre en œuvre tout ce qui est possible pour prévenir la prolifération de la bactérie. C'est pourquoi le coroner étend ses recommandations à l'ensemble des établissements hospitaliers du Québec. Il recommande, entre autres, d'adopter des pratiques d'hygiène et de salubrité dans tout établissement ainsi que des pratiques de bon usage des antibiotiques. De plus, les équipes de prévention et de contrôle des infections devraient disposer de ressources matérielles et humaines suffisantes pour mener à bien leur tâche.

La circulation de drogues illicites en milieu carcéral

Une enquête publique a eu lieu au sujet du décès d'un détenu par intoxication ou réaction fatale à la prise de drogues illicites. L'enquête a fait la lumière sur la façon dont sont distribués les médicaments aux détenus, sur la circulation des drogues illicites à l'intérieur de l'établissement ainsi que sur les moyens pris par les autorités carcérales pour la contrer. Malgré les mesures mises en place depuis le décès du détenu, le commerce très lucratif de la drogue y est toujours florissant. Un portrait de 2001 de la clientèle des établissements de détention au Québec révèle que plus de la moitié des personnes incarcérées prennent de la drogue à l'occasion.

Le coroner croit qu'il est nécessaire de fournir à l'établissement des ressources matérielles et humaines afin de contrer le trafic de la drogue de même que des médicaments et de rendre la distribution des médicaments plus sécuritaire. Il recommande également d'instaurer des programmes de désintoxication qui tiennent compte de la durée de séjour des détenus.

Méthode d'interception policière risquée

Une enquête publique a eu lieu concernant le décès d'un jeune passager d'un VTT, alors que son conducteur était intercepté par une auto-patrouille qui lui avait barré le chemin sur la route 131, à Saint-Félix-de-Valois. Le conducteur allait trop vite pour réagir adéquatement à la présence soudaine de l'auto-patrouille qui s'avérait être un obstacle qui se dressait devant lui. Pour le coroner, cette méthode est très risquée et inadéquate.

Le coroner formule plusieurs recommandations portant sur l'importance pour les patrouilleurs de connaître les moyens sécuritaires d'intercepter un véhicule, tout en proscrivant l'interception par l'avant. Le coroner recommande également à la Municipalité de réglementer la circulation sur son territoire pour les véhicules hors route,
en autorisant certains passages sécuritaires sur ou à travers des voies publiques.

Le présent rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2007 peuvent être consultées dans le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

L'article 98 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit que le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2007, les coroners ont déposé 282 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Recommandations transmises pour suivi en 2007

CATÉGORIE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Décès accidentels	**349**	**71,7**
· Accidents de transport terrestre	135	27,8
· Autres accidents	214	43,9
Cause naturelle	**74**	**15,2**
Suicides et homicides	**62**	**12,7**
Indéterminés quant à l'intention	**2**	**0,4**
Total	**487**	**100,0**

Bureau
du coroner
Québec